

小児歯科問診表

秘

ふりがな	生年月日	年	月	日
お子様の氏名	愛称	年令	才	ヶ月
保護者氏名	TEL	-	携帯	-
住所〒	紹介者			

☆☆☆ できるだけ詳しくご記入ください。該当箇所は ○ 印 及び 病名等ご記入願います。☆☆☆

◆ どうなさいましたか？

1. 歯が痛い 2. 虫歯の治療をしてほしい 3. 虫歯がないかみてほしい 4. 歯並びを治したい
5. フッ素を塗布したい 6. その他 _____

◆ 歯の治療の経験は？

1. 今までに治療を受けたことは（ない：ある _____ ころ） 病院名 _____
2. そのとき治療を（やらせた、いやがった、泣いた、体を抑えられた、断られた）

◆ お子様の健康状態について

1. 現在、他のお医者さまにかかっていますか
（いない：いる、病名 _____、病院名 _____）
2. 現在、お薬をのんでいますか
（いない：いる、薬名 _____）
3. いままで大きな病気になられたことは
（ ない：ある、病名 _____ ・ _____ 才のとき）
4. 特異体質やアレルギーはありますか
（ ない：かぶれやすい、じん麻疹がでる、傷で血が止まりにくい、薬物など
その他 _____）
5. 一緒に住んでいる家族の方の中にB型・C型肝炎などの肝臓疾患にかかった事のある方はいますか
（ いない：いる _____）

◆ お子様の発達状態について

- ・ 特に進んでいる ・ 普通 ・ おくれている（どのような点が _____）
・ 療育手帳を持っている ・ 療育手帳を取得する予定
・ デイサービスに通っている（通っている療養施設 _____）

◆ お子様の性格について

- ・ のんびりしている ・ 泣きむし ・ 神経質 ・ 恐怖心が強い
・ その他（ _____）

◆ お子様のくせについて

- ・ 爪をかむ ・ 指をしゃぶる ・ その他（ _____）

◆ 治療について

- ・ ムシ歯の治療だけでなく、お口の健康管理もして欲しい { 歯ブラシ・フッ素塗布・定期健診 }
・ 悪いところは全部なおしたい ・ 抑制について { 体を抑制してよい・体は抑制せずに行える範囲でよい }
・ 今痛んでいる歯の治療だけでよい

◆ 当院を何でお知りになりましたか？

1. ホームページ、Instagram 2. 知人 3. 雑誌（ _____） 5. その他（ _____）

◆ 当院がマイナ保険により、あなたの診療情報（受診歴、検診歴、服薬歴情報等）を取得することに同意しましたか？

はい ・ いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診料）加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

ご提供頂いた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

◆ その他ご希望があればご記入ください。

以上ご協力ありがとうございました。

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。
 継続的な管理と指導を受けられる方は、大枠内の必要事項をご記入ください。
 ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

平成 年 月 日

フリガナ お名前	大正・昭和・平成 年 月 日生 (才) ヶ月 性別:男・女		
住 所	職業	TEL () 携帯	— —
<p>○以下のことについてお伺いします(□にチェック、または該当するものに○を記入してください)</p> <p>1. 本日はどうされましたか(歯が痛い 歯ぐきがはれた むし歯がある 歯石をとりたい 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない 歯を抜いてほしい その他)</p> <p>2. お口のお手入れについて ・歯磨きをする時は □起床後 □食後(朝・昼・夕) □就寝前 1回()分位 ・歯ブラシ以外の清掃用品は □フロス □歯間ブラシ □その他</p> <p>3. 喫煙習慣 □なし □あり</p> <p>4. 母乳・哺乳瓶でミルクを飲んでいる □はい □いいえ</p> <p>5. 食生活習慣について ・習慣的飲料物 □なし □あり() ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □あまりしない</p> <p>6. 今までにかかった病気、または現在、治療中の病気はありますか □ない □ある 病名(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧・その他)</p> <p>7. 現在、飲んでいる薬はありますか □ない □ある 薬名()</p> <p>8. 歯科治療で麻酔注射をしたり、歯を抜いたことがありますか □いいえ □はい</p> <p>9. その時具合が悪くなったことはありますか □いいえ □はい</p> <p>10. 食べ物や薬でアレルギーはありますか □ない □ある()</p> <p>11. 現在、妊娠中ですか □いいえ □はい(ヶ月) □検査を受ける予定</p> <p>12. 本日の体調はいかがですか □良い □普通 □悪い</p>			
備考			

・次回から文書による情報提供の不要な方は上記備考欄に「文書不要」とご記入ください。
 ・「不要」とされた場合でも歯科医師の判断で文書をご提供することがあります。

○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着(///部分) □なし □あり
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) □なし □あり
- ・歯の動揺 □なし □あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) □なし □あり

○歯や口の状態と全身の健康

- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○治療予定

- むし歯(つめる・進行止め・冠・根の治療) □抜歯
- 歯肉炎・歯周病の治療 □義歯・ブリッジ □クリーニング
- 予防(フッ素・シーラント) □その他()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣()
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

